

# ANMELDUNG GRUNDSCHULE

Unterm Buch 1  
73525 Schwäbisch Gmünd  
Tel.: 07171/9417470  
Email: info@db-schule.de  
www.db-schule.de

EINGANG

(WIRD VON DER SCHULE AUSGEFÜLLT)

Datum:

Hz.:

## I. ANMELDEVERLAUF

- (1) Mit diesem Aufnahmeantrag melden Sie Ihr Kind an der Dietrich Bonhoeffer Schule **verbindlich** an. Mit Abgabe dieses Antrags wird eine Anmeldegebühr in Höhe von **50 €** (siehe Gebührenordnung) je Anmeldung fällig. Der Betrag wird von Ihrem Konto abgebucht und kann nicht mehr rückerstattet werden (Bei einer Rückstellung um ein Jahr wird die Gebühr nicht erneut erhoben).
- (2) Sobald diese verbindliche Anmeldung bei der Schule eingegangen ist, erhalten Sie eine Eingangsbestätigung Ihrer Anmeldung.
- (3) Falls noch freie Plätze verfügbar sind, werden Sie zur offiziellen Schulanmeldung eingeladen. Hierbei erhalten Sie wichtige Informationen zur Schule und Ihr Kind kann in den Schulalltag hineinschnuppern.
- (4) Erst mit der **schriftlichen Bestätigung der Aufnahme** kommt ein Schulvertrag zustande.

## ANMELDUNG AN DER DIETRICH BONHOEFFER SCHULE FÜR

SCHULJAHR

SCHUL-  
HALBJAHR

KLASSE

## II. ANGABEN ZUM KIND

NAME

GESCHLECHT

GEB.-DATUM

GEB.-ORT

STAATSANGEH.

KONFESSION

MEIN KIND BESUCHT ZURZEIT DIESEN KINDERGARTEN (WENN ZUTREFFEND)

NAME DES KINDERGARTENS | ORT

WELCHE STAATLICHE BZW. ÖRTLICHE SCHULE BESUCHT IHR KIND BZW. WÜRDEN IHR KIND BESUCHEN?

NAME DER SCHULE | ORT

GRUND FÜR DIE UMMELDUNG  
(BEI SCHULWECHSEL)

### III. ELTERN

VATER

MUTTER (NUR ABWEICHENDES AUSFÜLLEN)

NAME	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STRASSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/ORT	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HANDY-/NOTFALLNR.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFON	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BERUFSTÄTIGKEIT	<input type="text"/>	<input type="text"/>
KONFESSION	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STAATSANGEH.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GEBURTSLAND	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VOLLSORGERECHT	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### IV. GESCHWISTER AN DER DIETRICH BONHOEFFER SCHULE

NAME	<input type="text"/>	KLASSE	<input type="text"/>
NAME	<input type="text"/>	KLASSE	<input type="text"/>
NAME	<input type="text"/>	KLASSE	<input type="text"/>

### V. IM NOTFALL ZU ERREICHENDE PERSONEN (BITTE ENTSPRECHENDES ANKREUZEN UND AUSFÜLLEN)

ELTERN DES KINDES (SIEHE PUNKT II)

VOR- UND ZUNAME | ANSCHRIFT | TELEFON

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### VI. BESONDERHEITEN DER ENTWICKLUNG | ALLERGIEN | MEDIKAMENTE

### VII. Gesprochene Sprachen in der Familie

Hauptsprache	<input type="text"/>
weitere Sprachen	<input type="text"/>

## VIII. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN (BITTE ANKREUZEN)

- Ich bin damit einverstanden, dass die Schule mit den Erziehern des Kindergartens bei Bedarf über das Kind spricht.
- Ich/Wir akzeptieren und erkennen die Regelungen des Schulvertrages, der Schulordnung, der Gebührenordnung und des pädagogischen Konzepts an.
- Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die Aufsicht über mein/unser Kind von Eltern oder anderen vertrauenswürdigen Personen übernommen werden kann (z. B. bei Ausflügen etc.).
- Ich/Wir sind damit einverstanden, dass von meinem/unseren Kind angefertigte Schülerarbeiten zum weiteren Gebrauch und/oder zwecks Veröffentlichung in der Schule verbleiben dürfen.

## ORT | DATUM

## UNTERSCHRIFT(EN) BEIDER ELTERN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTE(R)

## IX. SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

Verein zur Förderung von Bildung und christlichen Werten e.V.

Unterm Buch 1, 73525 Schwäbisch Gmünd

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02ZZZ00001065672

**Betreff: Schulgebühren des Kindes**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort (Kontoinhaber)

Ich ermächtige den Verein zur Förderung von Bildung und christlichen Werten e.V. wiederkehrende monatliche Schulgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Widerrufsrecht: Dieser Vertrag ist innerhalb von 14 Tage zu widerrufen.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift (Kontoinhaber)